Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.
Herausgegeben
von
Dr. med. Konrad Alt,
Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt
Uchtspringe (Altmark).
I. Band, Heft 8.

Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins

von

Dr. A. Hoche,
Privatdozenten und erstem Assistenten an der
psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold.
1897.

Abonnements-Preis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.
Einzelpreis dieses Heftes Mk. 1,40.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten.

In Rücksicht auf allgemein-ärztliche Gesichtspunkte.

Herausgegeben von

Dr. **Maximilian Bresgen** in Frankfurt a. M.

I. Band.

Heft 1. **Suchannek,** Dr. **H.,** Privatdozent in Zürich. **Die Beziehungen zwischen Angina und akutem Gelenkrheumatismus.**

Heft 2. **Fink,** Dr. **Emanuel,** Spezialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in Hamburg. **Die Bedeutung d. Schnupfens d. Kinder.**

Heft 3. **Schmaltz,** Dr. **Heinrich,** Hofrat i. Dresden. **Die Beziehungen der akuten Mittelohrentzündung zum Gesamtorganismus.**

Heft 4. **Réthi,** Dr. **L.,** Privatdozent in Wien. **Die Blutungen d. oberen Luftwege in ihren allgemein. u. besonderen Beziehungen.**

Heft 5 u. 6. **Hopmann,** Dr., Sanitätsrat in Köln. **Die adenoiden Tumoren als Teilerscheinung der Hyperplasie des lymphatischen Rachenringes und in ihren Beziehungen zum übrigen Körper.**

Heft 7. **Lichtwitz,** Dr. **L.,** in Bordeaux. **Die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Folgezustände in anderen Körperteilen.**

Heft 8. **Flatau,** Dr. **Theodor S.,** in Berlin. **Sprachgebrechen des jugendlichen Alters in ihren Beziehungen zu Krankheiten der oberen Luftwege.**

Heft 9. **Réthi,** Dr. **L.,** Privatdozent in Wien. **Die Verbildungen der Nasenscheidewand in ihren örtlichen und allgemeinen Beziehungen.**

Heft 10. **Hagedorn,** Dr. **Max,** in Hamburg. **Über Beziehungen von Allgemein-Krankheiten sowie von Nasen- und Hals-Leiden zum Gehörorgane.**

Heft 11. **Suchannek,** Dr. **H.,** Privatdozent in Zürich. **Über Skrofulose, ihr Wesen und ihre Beziehungen zur ruhenden Tuberkulose der Mandeln, Halslympfdrüsen und benachbarter Organe.**

Heft 12. **Hoffmann,** Dr. **R.,** in Dresden. **Die Fremdkörper des Ohres ihre Beziehungen zur Nachbarschaft und ihre Behandlung.**

II. Band.

Heft 1. **Winckler,** Dr. **E.,** in Bremen. **Über Gewerbekrankheiten der oberen Luftwege.**

Heft 2 u. 3. **Fink,** Dr. **Em.,** in Hamburg. **Die Wirkungen der Syphilis in den oberen Luftwegen und ihre örtlichen Erscheinungen.**

Heft 4 u. 5. **Kafemann,** Dr. **R.,** Privatdozent in Königsberg i. Pr. **Die Tuberkulose in ihren Beziehungen zu den oberen Luftwegen sowie ihre u. des Lupus örtliche Erscheinungen.**

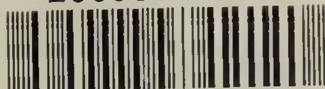
Heft 6. **Kayser,** Dr. **R.,** in Breslau. **Über subjektive Gehörsempfindungen.**

Heft 7. **Hagedorn,** Dr. **M.,** in Hamburg. **Die schädl. Einwirkungen des Tabaks und des Alkohols einerseits und verkehrten Schneuzens u. Niesens, sowie der Nasen- und Luftdusche andererseits auf das Ohr bezw. auf die Nase.**

Berichtigung!

In meiner Arbeit über Kinderhysterie (zwanglose Abhandhandlungen Heft 5 und 6) behaupte ich auf Seite 7, dass in dem grossen Handbuche der Kinderkrankheiten von Gerhardt der Hysterie der Kinder ein eigenes Kapitel nicht gewidmet sei. **Diese Behauptung ist eine irrtümliche.** Zwar findet sich in dem Bande über Nervenkrankheiten, bei denen die Hysterie sonst doch abgehandelt zu werden pflegt, wie ich richtig angebe, nichts über diese Krankheit, als die kurze citierte Bemerkung Soltmanns, wol aber ist die Hysterie in einem Suplementheft (Nachtrag II) über „Die psychischen Störungen des Kindesalters" von Emminghaus in ausführlicher und mustergiltiger Weise besprochen worden. Dieser Band ist 7 Jahr später erschienen als die übrigen, spez. der Nerventeil des Handbuchs; wie mir Prof. Emminghaus selbst freundlicherweise mitteilte, war er in der ersten Anlage des Werkes nicht vorgesehen und hat Emminghaus die Hysterie nur deshalb mit in sein Werk über Psychosen aufgenommen, weil sie von Soltmann, der sie rein psychopathologisch auffasst — ein Standpunkt, der ja auch der einige ist, der aber bisher für die Lehrbücher noch nicht durchgeführt ist —, weggelassen war. Ich beeile mich den von mir begangenen Irrtum zu berichtigen, glaube aber, dass die angeführten Umstände ihn einigermassen entschuldbar erscheinen lassen werden.

Dr. L. Bruns.



Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Arndt in Greifswald, Prof. Dr. Binswanger in Jena, Nervenarzt Dr. Bruns in Hannover Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg i. Br., Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Privatdoz. Dr. Hoche in Strassburg, Privatdoz. und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medicinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Medicinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Oberarzt Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Medizinalrat Dr. Siemens in Lauenburg, Prof. Dr. von Strümpell in Erlangen, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. v. Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. Wildermuth in Stuttgart, Privatdoz. Dr. Windscheid in Leipzig, Dir. Dr. Wulff in Langenhagen, Prof. Dr. Ziehen in Jena

herausgegeben

von

Dr. med. **Konrad Alt,**
Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt
Uchtspringe (Altmark).

I. Band, Heft 8.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold.
1897.

☞ Die Herausgabe dieser Sammlung entstammt der Überzeugung, dass gerade auf diesem Gebiete die meisten derzeit praktizierenden Ärzte so gut wie gar keine Ausbildung genossen haben und sich an ein nachträgliches Fortbilden der Privatstudien aus Furcht vor der vermeintlichen Schwerverständlichkeit dieses ihnen gänzlich fremden Wissenszweiges nicht einmal herantrauen.

Bei der allgemein anerkannten sozialen Wichtigkeit dieses Spezialfaches ist es aber von weittragendster Bedeutung, dass auch das Gros der praktischen Ärzte dem Studium der Nerven- und Geisteskrankheiten Interesse entgegenbringt.

Kommen doch gerade dem praktischen Arzte die Anfangstadien und leichteren Formen nervöser und geistiger Erkrankung zur Beobachtung zu einer Zeit, in der durch rechtzeitiges Erkennen und dementsprechendes Eingreifen eine Heilung ermöglicht oder doch grösseres Unglück von den Kranken und seinen Angehörigen abgewendet werden kann.

Das neue Unternehmen, welches durch die ständige Mitarbeiterschaft einer grossen Anzahl bekanntester Autoren aus dem Kreise der Neurologen und Psychiater, akademischer Lehrer, Anstaltsleiter und praktischer Nervenärzte gewährleistet ist, bezweckt die wichtigsten Ergebnisse unserer Spezialforschung auch dem praktischen Arzt zugänglich, verständlich und wissenswert zu machen und gleichzeitig das Interesse für den Zusammenhang der Nerven- und Geisteskrankheiten mit Allgemeinerkrankungen zu heben. Jedes Heft bringt nur eine Arbeit, die mit Vermeidung allzuweitschweifiger Diskussion strittiger Punkte sowie detaillierter Litteraturaufzählung, in klarer, knapper Darstellung den gegenwärtigen Stand einer zeitgemässen Frage aus diesem Gebiete übersichtlich und zusammenfassend behandelt. Bei dem Leser wird nicht mehr Bekanntschaft mit fachwissenschaftlichen Ausdrücken und Begriffen vorausgesetzt, als dies anlässlich der in ärztlichen Vereinen zu haltenden Vorträge gebräuchlich ist.

Bisher erschien: I. Band.

Heft 1. **Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse**
von Privatdoz. Dr. Hoche in Strassburg.
Einzelpreis Mk. 1,50.

Heft 2 u. 3.
Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis
von Professor Th. Ziehen in Jena.
Einzelpreis Mk. 2,—.

Heft 4.
Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen
entwickelt von Privatdozent Dr. Kirchhoff,
Direktor der Provinzial-Pflege-Anstalt Neustadt in Holstein.
Einzelpreis 1 Mk.

Heft 5 u. 6.
Die Hysterie im Kindesalter
von Dr. med. L. Bruns.
Einzelpreis 2 Mk.

Heft 7. **Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes**
von Dr. med. Franz Windscheid,
Privatdozenten an der Universität Leipzig.
Einzelpreis Mk. 1,50.

Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins

von

Dr. A. Hoche,
Privatdozenten und erstem Assistenten an der
psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold
1897.

Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins

von

Dr. A. Hoche,
Privatdozenten und erstem Assistenten an der psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.

Nicht jeder Krankheit, die sich mehrmals im Laufe eines Einzellebens wiederholt, kommt die Bezeichnung „periodisch“ zu.

Wir halten ein Erisypel nicht darum für periodisch, weil es dieselbe Person vielleicht ein halbes Dutzend mal behält; wir sprechen nicht von einem periodischen Delirium tremens, wenn ein Potator zum dritten oder vierten Male daran erkrankt, aber wir sind berechtigt, die Diagnose der Periodicität zu stellen, wenn wir z. B. bei einem Individuum zum ersten Male einen typischen Migräneanfall oder einen epileptischen Anfall beobachten. Es ist also nicht allein die Thatsache der mehrfachen Wiederholung, die das Wesen der Periodicität ausmacht, sondern es gehört vor Allem dazu, dass die einzelnen Anfälle oder Zeiten krankhaften Zustandes sich ohne äusseren Anlass oder doch ohne entsprechenden äusseren Anlass aus Gründen, die in der Organisation des Betroffenen liegen, wiederholen.

Aufgabe der Diagnostik ist es, und zwar keine unlösbare, womöglich bei dem ersten Auftreten einer hierher gehörigen Störung aus bestimmten Eigentümlichkeiten die Erkenntnis des voraussichtlich periodischen Charakters derselben zu gewinnen. —

Unter den Geistesstörungen treffen wir einen relativ hohen Procentsatz periodischer Erkrankungen, der noch

beträchtlich für denjenigen wächst der, entsprechend den Anschauungen einer bestimmten Richtung in der Psychiatrie aus dem klinischen Bilde des einzelnen Anfalles die Diagnose des periodischen Charakters auch dann stellen will, wenn vielleicht überhaupt nur ein oder zwei Anfälle im Laufe eines ganzen Lebens zur Entwickelung gelangen.

Sehr viele Träger leichter Formen periodischer Geistesstörung werden niemals oder erst ganz spät Gegenstand psychiatrischer Anstaltsbehandlung; ein grosser Teil derselben gilt überhaupt nicht einmal für krank; es führen von den noch physiologisch zu nennenden Schwankungen des psychischen Gleichgewichtes zahlreiche Übergangsformen zu den schweren und schwersten Fällen, die von Anfang an zeitweise oder dauernd der Anstaltspflege bedürfen.

Gerade bei den leichteren Formen erwachsen dem Arzte, speciell dem Hausarzte Aufgaben in diagnostischer und therapeutischer, namentlich prophylaktischer Beziehung, die in den folgenden Blättern eine kurze Darstellung finden sollen. Dieselbe wird nicht alle irgendwann oder irgendwo beschriebenen Verlaufsarten und Unterformen berücksichtigen können, sondern sich wird auf die häufigsten und praktisch wichtigsten beschränken müssen. —

Das Verständniss der periodischen Geistesstörungen wird erleichtert durch einen Blick auf gewisse wohlbekannte periodische psychische Schwankungen, die praktisch noch in die Gesundheitsbreite fallen [1]).

1) Ein durchaus physiologisches Beispiel periodisch auftretender lebhafter psychischer Veränderungen mit Wiederholung bestimmter Vorstellungen, Gefühle, Impulse u. s. w. bieten die Brunstzeiten der Tiere dar.

Bei einer grossen Anzahl von Menschen, die keineswegs schon als abnorm angesehen werden, ist das psychische Geschehen, vor Allem die Stimmung und damit häufig die Leistungsfähigkeit, gewissen mehr oder weniger regelmässigen Veränderungen unterworfen, die entweder ohne ersichtlichen Zusammenhang mit äusseren Verhältnissen auftreten oder in anscheinender Abhängigkeit stehen z. B. von Jahreszeit, Barometerstand, Himmelsbedeckung und dgl.; dem Subjekte kommen diese wechselnden Phasen je nachdem als „schlechte Laune“ oder als Zustand von „gut disponiert sein“ zum Bewusstsein. Bei vielen geistigen Arbeiten, namentlich aber bei künstlerisch veranlagten, durch Phantasiebegabung ausgezeichneten Naturen spiegelt sich dieser schwankende Stand der geistigen Thätigkeit wieder in der Ungleichmässigkeit der Produktion, die zu Zeiten vollkommen brach liegt, um dann wieder für kürzere oder längere Fristen energisch gefördert zu werden; es giebt „Quartalsarbeiter“ so gut wie es „Quartalstrinker“ giebt.

Für das weibliche Geschlecht kommen, ebenfalls noch im Bereich des Durchschnittlichen die periodischen physiologischen Vorgänge im eigenen Körper als Grundlage von Schwankungen des gemütlichen Gleichgewichts dazu, und man ist gewöhnt, bei den Frauen in der Verdriesslichkeit, den unmotivierten Launen, den „Ahnungen“ u. s. w. zur Zeit der Menses nichts zu sehen, als eine halb normale, berechtigte Begleiterscheinung. Gemütliche Schwankungen in grösseren Abschnitten, die noch nicht als krankhaft bezeichnet werden, bieten dann bekanntlich vielfach die Zeiten der Gravidität dar; meist ist es so, dass für eine kürzere oder längere Spanne Zeit während der Schwangerschaft eine gedrückte, zu Befürchtungen und ängstlichen Gedanken neigende Gemütslage vorherrscht; gar nicht selten finden wir aber auch die Form, die gewissermassen das Negativ der vorigen darstellt, dass Frauen sich nur während der Zeit der Schwangerschaft „wirklich wohl“ fühlen, frei sind von der Neigung zu trüber Lebensauffassung, die ihnen sonst eigen ist. —

Am stärksten ausgeprägt finden wir diesen motivlos schwankenden Charakter der Stimmung, mit dem die Betroffenen und ihre Umgebung sich in der Regel abfinden lernen, bei denjenigen Persönlichkeiten, die wir nach ihrer sonstigen unverhältnismässig lebhaften Art der Reaktion auf äussere Eindrücke angenehmen oder unangenehmen Charakters als „sensibel“, „nervös“, „labil“ (déséquilibré) bezeichnen, und eine genaue Analyse zeigt in der Mehrzahl dieser Fälle das Vorhandensein von beträchtlicher nervöser erblicher Belastung, deren einzige Manifestation diese eigentümliche psychische Verfassung, die Leichtigkeit, mit welcher der „Standpunkt“ verloren geht, sein und bleiben kann.

Die eigentlichen periodischen Geistesstörungen erwachsen nun ebenfalls fast ausschliesslich auf dem Boden der hereditären nervösen Disposition; auch bei ihnen ist, — von allen Einzelheiten zunächst abgesehen — die hauptsächlich charakteristische Eigentümlichkeit das wiederholte Auftreten von unmotivierten Stimmungsanomalien im Sinne der gedrückten oder gehobenen Stimmungslage, und Angesichts der Thatsache des Vorhandenseins von allen möglichen Zwischengraden, liegt ein berechtigter Kern in der Anschauung, dass jene noch an der Grenze der physiologischen Schwankung stehende, konstitutionelle Labilität nur dem Grade nach verschieden ist von dem, was als „periodische Geistesstörung“ bezeichnet wird, dass sie nicht nur den Boden abgiebt zur Entwickelung der periodischen Psychosen, sondern selbst gewissermassen eine abortive Verlaufsform derselben darstellt.

Es macht dabei wenig aus, ob es gelingt, irgend ein anscheinend auslösendes inneres oder äusseres Moment zur Motivierung des Stimmungswechsels ausfindig zu machen, oder ob derselbe anscheinend spontan in die Erscheinung tritt; das Wesentliche ist in jedem Falle, dass die psychische Curve die Neigung hat, in einer Wellenlinie zu verlaufen.

Für die principielle Bedeutung dieser Form der geistigen Störung ist es auch gleichgiltig, ob die einzelnen wechselnden Phasen rascher oder langsamer aufeinander

folgen, ob sie von langer oder kurzer Dauer sind, ob nur Perioden der Verstimmung oder nur solche der Exaltation aufeinanderfolgen, oder ob diese alternieren; gegenüber der Bedeutung der Feststellung der Thatsache, dass im gegebenen Falle eine periodische Geistesstörung vorliegt, tritt zunächst die Nuance zurück; die praktische Prognose im einzelnen wird allerdings auch davon beeinflusst, um welche Unterform der periodischen Störung es sich handelt. — Es kann demnach die alte Klassifikation, dass man als periodische Geistesstörung die Fälle bezeichnete, die eine Wiederholung entweder nur der deprimierten oder nur der gehobenen Phase zeigten, und ihnen als „circuläres Irresein“ diejenigen gegenüberstellte, bei denen beide Perioden abwechselnd, mit oder ohne Intervall auftraten, nicht mehr aufrecht erhalten werden. Die ganze Gruppe ist als periodische Geistesstörung zu bezeichnen, von denen die circulären Fälle nur eine der möglichen Verlaufsarten darstellen.

Es ist auch nicht berechtigt, diejenigen periodischen Störungen, die sich an bestimmte körperliche Vorgänge, wie die Menstruation oder etwa jedesmal an das Wochenbett, bei wiederholten Geburten, zeitlich anschliessen, oder mit ihnen zusammenfallen, von den scheinbar ganz spontan auftretenden abzutrennen; auch für letztere ist die Abhängigkeit von bestimmten, wechselnden körperlichen Zuständen wahrscheinlich, nur dass wir dieselben noch nicht kennen. —

Wie schon erwähnt, spielen die hereditären Verhältnisse in der Pathogenese der periodischen Geistesstörungen eine grosse Rolle. Im Verhältnis z. B. zur Neurasthenie oder Hysterie haben selbst die leichteren Formen der periodischen Psychosen in der Regel einen höheren Grad von erblicher, oft direkter Beeinflussung zur Basis, und vielleicht bei keiner anderen psychischen Anomalie

finden wir so häufig die Form der gleichartigen Vererbung, d. h. das Verhältnis, dass Nachkommen eines periodisch geisteskranken Vaters oder einer periodisch geisteskranken Mutter ebenfalls periodischen Störungen unterworfen sind.

Die leichteren Formen scheinen, bei dem konstitutionellen Charakter der periodischen Geistesstörungen, in ihrer Gefärdung der nächsten Generation nicht weniger bedenklich zu sein, als die schweren Formen; sie sind in praktischer Hinsicht eher noch gefährlicher insofern, als bei ihnen die anscheinend geringfügigen Symptome nicht leicht als Hinderungsgrund der Eheschliessung angesehen werden, während die schweren Formen, bei nicht zu spätem Beginn dem Lebensalter nach, in der Mehrzahl der Fälle von der Fortpflanzung von vornherein ausgeschlossen werden.

Die Kindheit der später periodisch erkrankenden Individuen kann ohne Besonderheiten verlaufen; andere Male treffen wir in der Kindheitsanamnese diejenigen Züge, die überhaupt bei hereditär stark Belasteten zur Beobachtung kommen: Anfangs Neigung zu Convulsionen und Delirien bei kleinen körperlichen Störungen, im Beginn der Schuljahre Zerfahrenheit, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Ungleichmässigkeit in der Veranlagung, frühe Onanie, Zerstreutheit im Unterrichte. Nicht selten aber, namentlich bei den später in der circulären Form Erkrankenden kommt schon während der Schuljahre ein gewisses periodisches Schwanken der Leistungsfähigkeit zum Vorschein — ungleiche Klassenleistungen, Perioden des Stillstandes, abwechselnd mit normalem Vorwärtsschreiten u. dgl.

Eigentliche periodische Geistesstörungen im engeren Sinne sind im Kindesalter selten; es darf dabei nicht ausser Acht gelassen werden, dass die periodischen Störungen, die schon bei Erwachsenen durch einen gewissen milderen Charakter des einzelnen Anfalls gekennzeichnet sind, bei kindlichen Individuen mit ihrer wenig entwickelten Persönlichkeit und der diesem Alter eigenen physiologischen

Neigung zum Stimmungswechsel, doppelt leicht übersehen werden können. Der gelegentlich bei nervösen Kindern auftretende vorübergehende Hang zur Isolierung, zum Aufgeben der gewohnten Spiele u. s. w. könnte wohl als depressive Phase einer periodischen Störung gedeutet werden, ebenso wie es wahrscheinlich ist, dass die von hereditär stark belasteten Schulkindern nicht allzuselten unternommenen Selbstmordversuche in ein solches melancholisches Stadium fielen. Ob zwischen den Stimmungsanomalien, wie sie wiederholte Anfälle von Chorea im kindlichen Alter begleiten, und späteren periodischen psychischen Erkrankungen ein Zusammenhang besteht, ist noch nicht genügend bekannt.

Im ganzen erhalten alle diese Störungen bei Kindern erst nachträglich ihre Bedeutung; es wird im Kindesalter selten gelingen, eine spätere periodische psychische Störung mit einiger Sicherheit vorauszusagen; die Bedeutung der genannten Symptome bei Kindern liegt vielmehr darin, dass sie Warnungssignale darstellen, welche prophylaktische Maassregeln veranlassen sollten.

Mit der Annäherung an die Pubertätszeit divergiert das Verhalten der beiden Geschlechter; für das weibliche, dem Procentsatze nach überhaupt stärker zu den periodischen Erkrankungen disponierte Geschlecht, bringen oft die Menses, manchmal auch schon die dem erstmaligen Auftreten derselben vorausgehenden Zeiten die ersten unverkennbaren Zustände periodischer psychischer Anomalie zur Deutlichlichkeit. Entweder sind es nur quantitative Steigerungen der oben erwähnten, häufigen menstruellen Stimmungsanomalien, oder, was im Pubertätsalter häufiger, es sind vorübergehende Erregungszustände mit Reizbarkeit, Bewegungsdrang, Neigung zu Gewaltthätigkeiten oder Zustände stuporöser Verwirrtheit mit ängstlichen Sinnestäuschungen.

Die beiden letzteren Zustandsbilder sind von nicht schlechter Prognose; sie können nach einer Reihe von Wiederholungen allmählich verschwinden; dagegen sind die einfachen Verstimmungen, welche schon zur Zeit der ersten Menses auftreten, in manchen Fällen schon die

ersten Zeichen einer circulären Psychose und haben damit die jener eigene ungünstige Prognose.

Die menstruellen Psychosen sind von den periodischen diejenigen, die erfahrungsgemäss in der Praxis noch am ehesten diagnosticiert werden; der zeitliche menstruelle Typus giebt eben den deutlichen Hinweis auch dann, wenn die Menses selbst zu dem Zeitpunkt, da sie fällig gewesen wären, nicht eintreffen.

Es ist bei Mädchen, die sich dem Pubertätsalter nähern, immer auch daran zu denken, dass der menstruelle Typus in psychischen Anomalien vorhanden sein kann, noch ehe sich überhaupt eine Genitalblutung zum ersten Male gezeigt hat. —

In das Pubertätsalter im weiteren Sinne, also in die Zeit bis zum 25. Lebenjahre fällt bei Mädchen und Frauen mit oder ohne Beziehungen zum Menstrualtypus und auch bei männlichen Individuen am häufigsten der Beginn derjenigen periodischen Fälle, die zu der Hauptgruppe der periodischen Manie zusammengefasst werden können.

Die Lehre von der Manie überhaupt hat im Laufe der letzten zwei bis drei Jahrzehnte beträchtliche Wandlungen durchgemacht; ihr Gebiet, welches bekanntlich schon vor längerer Zeit durch Abtrennung nicht dazu gehöriger Formen stark eingeengt worden war, hat noch weiter an Ausdehnung verloren durch die jetzt allgemein gewordene Einsicht, dass ein grosser, vielleicht der grösste Teil der reinen, einfachen Manien nur Einzelphasen einer periodischen Geistesstörung sind, und ganz neuerdings hat Kraepelin die Existenz einer Manie als einer selbstständigen Krankheitseinheit überhaupt gänzlich in Abrede gestellt; nach ihm ist die Manie ihrer Natur nach immer eine periodische Erkrankung, mit dem Vorbehalt, dass die

Periodicität sich nicht jedesmal notwendigerweise in zahlreichen Wiederholungen zu äussern braucht.

Es ist zu erwarten, dass das Princip dieser von Kraepelin auf ein klinisch höchst sorgfältig beobachtetes Material gestützten Anschauungsweise trotz des starken Widerspruches, den es heute noch von den verschiedensten Seiten erfährt, bald das herrschende sein wird.

Für die Zwecke der ärztlichen Prognose handelt es sich aber nicht nur um die principielle Stellung der Manie; eine Periodicität, die z. B. nur darin bestände, dass im 20. und 50. Lebensjahre je ein Anfall von Manie auftritt, ist in praktischer Hinsicht keine Periodicität; es ist das von diesem Gesichtspunkte aus eben ein zweimaliges Erkranken an derselben Störung im Laufe eines Lebens; dem Zwecke dieser Darstellung entspricht es daher mehr, vorwiegend diejenigen Fälle von periodischer Manie in den Bereich der Betrachtung zu ziehen, bei denen die Periodicität auf die Gestaltung der ganzen Existenz einer Persönlichkeit bestimmenden Einfluss gewinnt.

Wir finden nun häufig das Verhältnis, dass die Manien, die nur ganz wenige Wiederholungen erleben und durch lange Intervalle von 10, 12, 15 Jahren und darüber von einander getrennt sind, jedesmal schwere psychische Erkrankungen von langer Dauer darstellen.

Diesen Fällen entspricht die Schilderung, welche im Allgemeinen die Lehrbücher von der Manie überhaupt geben.

Diejenigen Formen, die häufig wiederkehren, pflegen diese schwere Verlaufsform nicht zu zeigen; sie verlaufen in wenigen Wochen oder Monaten und bleiben auch in der Stärke der maniakalischen Erregung hinter jenen Fällen zurück, so dass seit lange die diagnostische Regel besteht, rasch ablaufende, anscheinend „glatt heilende“ Manien als voraussichtlich periodische zu betrachten.

Diese leichtere Form soll uns hier hauptsächlich beschäftigen.

Drei Hauptsymptome, die auch in den leichtesten Fällen mindestens andeutungsweise nachweislich zu sein pflegen, gehören zum Bilde der Manie: Gehobene Stimmung mit Neigung zu raschem Wechsel derselben, Ideenflucht, Bewegungsdrang. Keine Rolle spielen stärkere Bewusstseinstrübung, Sinnestäuschungen, oder feste Wahnideen.

Der Beginn des ersten Anfalles kann ein ganz unvermittelter sein; gewöhnlich aber gehen eine Zeitlang in Gestalt von Appetitlosigkeit, schlechtem Aussehen u. dgl. körperliche Prodromalerscheinungen voraus, die dann plötzlich zu schwinden scheinen, sobald die eigentlichen psychischen Symptome der Manie deutlich werden. Letztere steigen in der Regel rasch an bis zu derjenigen Höhe, die im einzelnen Anfall überhaupt erreicht wird.

Die Kranken erscheinen äusserlich heiter, angeregt; der Blick ist glänzend, Mimik und Bewegungen werden lebhafter; sie sind gesprächiger als sonst, rasch bei der Hand mit der Antwort, in der, je nachdem, nur ihre „gute Laune“, eine gewisse Neigung, auf Kosten Anderer zu witzeln, oder schon eine gesteigerte Reizbarkeit und Labilität der Stimmung zum Ausdruck kommt.

Das gehobene Selbstgefühl, welches den Kranken erfüllt, in Verbindung mit gesteigertem Bewegungsdrange äussert sich in einer rastlosen Geschäftigkeit, in der Neigung, Einkäufe zu machen, neue Projekte zu entwerfen, grosse Geschäfte, auch solche, die die Vermögenslage vielleicht weit überschreiten, einzugehen, unnütze Reisen zu unternehmen, Liebesverhältnisse anzubändeln, lärmende Geselligkeit aufzusuchen, Excesse aller Art zu begehen u. s. w.

Mit all diesen Dingen ist natürlich leicht die Gelegenheit zu Conflikten, eventuell mit leichten Gewaltthätigkeiten gegeben, in welche der Anfangs vielleicht liebenswürdige, anscheinend geistreich unterhaltende Kranke durch seine explosible Reizbarkeit und Neigung zu raschem Stimmungswechsel fast ausnahmslos hineingetrieben wird.

Selbst in diesem Stadium werden die Betreffenden häufig nicht für psychisch krank, wohl aber öfters für angetrunken gehalten. Es liegt dies zum Teil daran, dass bei den leichteren Formen der periodischen Manie die Besonnenheit lange Zeit oder dauernd erhalten bleiben kann, und dass die Kranken mit einer zunächst oft überraschenden Dialektik ihre Excesse oder ungereimten, auffälligen Handlungen zu motivieren und zu beschönigen vermögen. Bei näherer Prüfung erweist sich aber der Anschein einer reellen Steigerung der intellektuellen Leistungsfähigkeit als trügerisch; die Kranken können in der Unterhaltung nicht bei der Stange bleiben, sie springen ab auf nebensächliche Dinge oder auf gleichzeitige äussere Wahrnehmungen; momentane Einfälle lenken das Gespräch, und ihre „Witze" beschränken sich in der Regel auf das Herausfinden äusserlicher Beziehungen, Klangähnlichkeit, Beobachtung kleiner Schwächen bei ihrer Umgebung u. dgl. Bei etwas höheren Graden der Störung pflegen die Kranken nun auch im äusseren Habitus aufzufallen; beim weiblichen Geschlecht tritt gesteigerte sexuelle Begehrlichkeit hervor in der Neigung, sich auffallend zu kleiden oder zu frisieren, Annäherung körperlicher Natur an Männer zu suchen; bei anderen genügt die Besonnenheit nicht, dem Impulse zu auffälligen, eventuell verbotenen Handlungen zu widerstehen. Ein Teil der Fälle von sogenannter „Kleptomanie" (die als solche nicht existiert), Fälle, die eine fast ständige Rubrik in der Tagespresse bilden, gehört in das Gebiet der periodischen Manie (oder zur maniakalischen Phase des circulären Irreseins).

Während des Bestehens dieser psychischen Erscheinungen finden sich auch konstant **körperliche Begleiterscheinungen**; der Schlaf ist regelmässig stark vermindert; die Nahrungsaufnahme leidet Not, weniger durch Mangel an Appetit, als dadurch, dass die Kranken keine Ruhe, keine Zeit zum Essen haben; das Körpergewicht pflegt herabzugehen.

Nach einiger Zeit, nach Wochen, höchstens Monaten, klingt die Erregung allmählich ab; es tritt erst wohl ein

gewisses Krankheitsgefühl, dann auch Krankheitseinsicht auf, die in Verbindung mit Resten der vorausgehenden gehobenen Stimmung und zeitweise kommender Weinerlichkeit dem Rekonvalescenzstadium ein eigentümliches psychisches Gepräge verleihen kann.

Auch in diesen leichten Fällen pflegt nach Ablauf der Erregung grosse allgemeine Abgeschlagenheit, psychische Ermüdbarkeit und Reizbarkeit zurückzubleiben; sonst aber können die ersten leichten Anfälle die psychische Persönlichkeit ohne wesentliche Beeinträchtigung lassen. Ein besonderes Gepräge bekommen diese leichten Formen der periodischen Manie, wenn sie sich, wie dies nicht so selten der Fall ist, bei von vornherein schwachsinnigen jugendlichen Individuen entwickelt, durch das läppische alberne Benehmen und einen gewissen elementaren Charakter des motorischen gesteigerten Dranges. —

Von den leichteren Formen der periodischen Manie führen in einfacher Steigerung der hier nur mässig ausgebildeten Symptome Übergänge zu den schweren und schwersten Verlaufsarten, die unter ideenflüchtiger Verwirrtheit und tobsüchtiger Erregung sich auf viele Monate, ja Jahre erstrecken können und in einem gewissen Bruchteil der Fälle den Ausgang in Verblödung oder Tod nehmen. Es sind das dann immer Fälle, die sich, wenn überhaupt, in langen Zwischenräumen wiederholen, und niemals in häuslicher Behandlung verlaufen können.

Manchmal findet sich das Verhältnis, dass mit wachsender Wiederholungsziffer die einzelnen Anfälle an Schwere zunehmen, während die Dauer des freien Intervalles abnimmt.

Im ganzen ist die reine periodische Manie in ihren leichten Formen keine sehr häufige Erkrankung, jedenfalls viel seltener als die circulären Formen, auch wohl seltener als die reinen leichten periodischen Depressionszustände. — Die Diagnose, die auch beim ersten Anfalle immer die Möglichkeit des Bestehens einer circulären Psychose im Auge behalten muss, stützt sich für die Periodicität

auf den im ganzen milden Charakter der Erscheinungen, das Erhaltenbleiben der Besonnenheit und den relativ raschen, anscheinend günstigen Ablauf der Störung. —

Die reine periodische Melancholie beginnt in der Mehrzahl der Fälle erst auf der Lebenshöhe, bei Frauen eventuell erst gegen das Climacterium; in einem geringeren Bruchteil fällt das Auftreten auf ein früheres Lebensalter.

Die direkte nervöse erbliche Belastung scheint bei dieser Form nicht die Bedeutung zu haben, wie z. B. bei den circulären Formen.

Manchmal finden wir für den einzelnen Anfall ein anscheinend auslösendes Moment in der Anamnese wie z. B. Übergang in neue Verhältnisse an fremdem Ort, Trauer um Angehörige, bei Männern geschäftliches Unglück, Missgeschick im Beruf u. dgl.; meist aber besteht eine solche Beziehung nicht, deren Charakter als wirkliche Ursache der Erkrankung überhaupt doch zweifelhaft bleibt.

Von den verschieden gearteten klinischen Bildern von Depressionszuständen, die als Melancholie bezeichnet werden (Melancholia simplex, agitata, stupida) finden wir bei der periodischen Form fast nur die Melancholia simplex und zwar mit dem weiteren Attribute: levis.

Der Beginn der Störung pflegt ein allmählicher zu sein. Körperliches Missbehagen, sinkender Appetit, unruhiger Schlaf ohne Erquickung, Gefühl von Kopfdruck u. dgl. können von vorneherein die sich langsam entwickelnde deprimierte Stimmungslage begleiten, oder ihr zeitlich vorausgehen.

Bei den leichtesten Graden der Erkrankung finden wir ohne weitere Erscheinungen nur diese deprimierte Stimmungslage, eine motivlose Mutlosigkeit und Traurigkeit die sich manchmal regelmässig zu bestimmten Jahreszeiten (Herbst oder Frühjahr mit Vorliebe) einstellt. Die Kranken

selbst wissen sich keine Rechenschaft darüber zu geben, warum sie zeitweise von trüber Laune, vager Ahnung irgend eines unbekannten kommenden Unheiles gedrückt werden. warum sie plötzlich der Freude an diesen und jenen Dingen nicht mehr fähig sind, oder sie suchen irrtümlicherweise den Grund ihrer Verstimmung in äusseren Vorkommnissen von vielleicht ganz unbedeutendem Charakter.

Diese leichte Depression genügt aber in der Regel, um auf das Thun der davon Betroffenen Einfluss zu gewinnen; die Kranken ziehen sich von der Geselligkeit zurück, lassen ihre Privatkorrespondenz und sonstige Aufgaben, die nicht unbedingt erledigt werden müssen, liegen, bleiben aber doch fähig, wenn es notwendig ist, mit anderen Leuten zu verkehren, ohne aufzufallen und den Anforderungen ihres Berufes einigermassen nachzukommen. Die Veränderung des Wesens fällt dabei überhaupt nur denjenigen auf, die den Betreffenden schon vorher genau gekannt haben. Manchmal gesellen sich wohl Anwandlungen von ängstlichem Oppressionsgefühl dazu, aber ein eigentlicher Angstaffekt entwickelt sich bei dieser Form ebensowenig, wie eine wahnhaft gefälschte Auffassung der äusseren Verhältnisse.

Der Verlauf pflegt ein ziemlich kurzer zu sein; nach einigen Wochen bis Monaten tritt allmählich der Ausgleich wieder ein, und der Kranke erkennt, dass in der vorausgehenden Zeit seine Stimmung eine krankhaft beeinflusste gewesen ist, eine Einsicht, die bei jedem neuem Anfalle verloren gehen kann.

Im günstigsten Falle bleibt es nun überhaupt bei dieser leichten periodisch kommenden und gehenden Depression; andere Male verlaufen die Anfälle das erste Mal oder die ersten Male in der geschilderten milden Weise, um bei späteren Wiederholungen successive schwerer zu werden; oder es kann schliesslich diese leichte Depression das Einleitungsstadium einer gewöhnlichen Melancholia simplex levis darstellen.

In diesem Fall wächst die Depression an Intensität, der Kranke verliert vollkommen die Freude an seiner Be-

schäftigung, an seiner Familie, an gewohnten Liebhabereien; seine Sorgen, auch altgewohnte drücken ihn mehr als sonst, seine Aussichten erscheinen ihm düsterer, sein körperlicher Zustand bedenklich; es besteht auch wohl die Furcht „den Verstand zu verlieren", die genährt wird durch die an sich ganz richtige Beobachtung, dass der Ablauf der psychischen Vorgänge eine Hemmung erfahren hat.

Diese Hemmung kommt nicht immer schon bei einer kurzen Unterhaltung objektiv zu Tage; aber der Kranke bemerkt schmerzlich, dass seine sonst spielend bewältigten Aufgaben ihm schwer und schwerer fallen. Beim Briefschreiben reisst der Faden ab; das Besinnen auf Namen, Daten, Zahlen macht ihm ersichtliche Mühe; kleine dienstliche Berichte u. dgl. scheinen ihm ein unübersteiglicher Berg, bis er endlich von den anfänglichen Versuchen, die Hemmung zu überwinden, resigniert Abstand nimmt und seine Dinge liegen lässt. Auch im äusseren Verhalten des Kranken, in Gang, Sprache, Mimik kommt diese psychische Hemmung zum Ausbruch. Zur Bildung eigentlicher Wahnideen, — Versündigungsideen, fest formulierten ängstlichen Befürchtungen — kommt es bei dieser immerhin noch leichten Form der Melancholie in der Regel nicht; die krankhaft fälschende Färbung, welche die Stimmungsanomalie allen Vorstellungen verleiht, die sich auf das Ich beziehen, wirkt natürlich auch rückwärts auf die Vergangenheit, vorwärts auf die Zukunft; allein die Kranken bleiben meist kritisch genug, um der Ausbildung echter Wahnideen zu widerstehen.

Am ehesten noch sind es bei diesen leichteren periodischen Fällen die Stunden der Einsamkeit in schlafloser Nacht (— schon bei gewöhnlichen „Nervösen" die Zeit, in welcher der „Standpunkt" am leichtesten verloren geht —) in denen Selbstvorwürfe und Sorgen, ohne die Correktur durch Tageslicht und Umgebung, festere Gestalt annehmen.

Das gleiche gilt für das Auftreten von Angstempfindungen mit praecordialer Lokalisation, die aber bei den periodischen Fällen selten diejenigen hohen Grade

erreichen, wie bei der agitierten Melancholie („Angst-Melancholie").

Gerade dieser Umstand bewirkt, dass bei der Mehrzahl der Fälle von leichter periodischer Melancholie die Besonnenheit erhalten bleibt, und auch die Gefahr des Selbstmordes nicht ganz so gross ist, wie sonst bei Melancholischen. Immerhin bleibt die alte, viel zu wenig beachtete Regel, principiell keinem Melancholiker in Bezug auf Suicid-Absichten über den Weg zu trauen, auch für die periodische Melancholie in voller Geltung. —

Nur in den leichtesten Fällen giebt die Erinnerung an frühere Anfälle dem Kranken bei erneutem Auftreten die Stütze der Krankheitseinsicht; in der Regel wird die Bezugnahme auf den damaligen glatten Verlauf und die im Intervall gewonnene Einsicht in die Krankhaftigkeit der Stimmung abgelehnt mit der Begründung, dass es eben diesesmal doch ganz anders sei.

Körperliche Veränderungen, namentlich Abnahme des Gewichtes, älteres Aussehen pflegen auch die leichteren Anfälle zu begleiten; ebenso ist Obstipation ein fast regelmässiges Begleitsymptom.

Abgesehen von den allerleichtesten Fällen, in denen die depressiven Verstimmungen häufiger, vielleicht alle Jahre wiederkehren, dauern die freien Zwischenzeiten zwischen je zwei Anfällen meist mehrere Jahre, sodass, bei dem häufig späten Beginn der periodischen Melancholie, sich eventuell überhaupt nur eine beschränkte Anzahl von einzelnen Anfällen entwickelt. —

Die Mehrzahl von Fällen dieser leichten Verlaufsart kommt niemals in Anstaltsbehandlung; ein grosser Teil derselben geht unter der Diagnose der Neurasthenie und der Hysterie; es ist zuzugeben, dass die Abgrenzung gegen diese beiden Neurosen im gegebenen Falle Schwierigkeiten machen kann.

Die Diagnose einer periodischen Melancholie ist, ebenso wie die Annahme einer funktionellen Depression

überhaupt, speziell bei männlichen Individuen des mittleren Lebensalters erst dann gestattet, wenn eine genaue Untersuchung das Bestehen einer progressiven Paralyse mit thunlichster Sicherheit ausschliessen lässt; die hierbei in Betracht kommenden differentialdiagnostischen Gesichtspunkte habe ich an anderer Stelle (Heft I dieser Sammlung) ausführlich besprochen. —

Auch in wiederholtem Auftreten begegnen wir nun manchmal sehr viel schwereren Formen der Melancholie, die sich aber nicht unterscheiden von den nicht periodischen Fällen, und deshalb hier keiner eingehenden Darstellung bedürfen; es ist bei diesen Fällen sehr zweifelhaft, ob die Thatsache, dass 2 oder 3 mal eine schwere Melancholie sich entwickelt hat, genügt, um der Störung den Charakter der Periodicität zuzusprechen. —

Die dritte Hauptverlaufsart der periodischen Geistesstörung, nach Häufigkeit und praktischer Bedeutung die wichtigste, ist das sogenannte „circuläre Irresein".

Dasselbe hat seit den ersten Veröffentlichungen darüber vor circa 50 Jahren durch den frappierenden oft plötzlichen Wechsel zwischen den anscheinend ganz entgegengesetzten psychischen Zuständen der Melancholie und Manie und durch die Intensität der gleichzeitigen raschen Schwankungen körperlicher Funktionen immer das grösste Interesse erweckt, und auch zur Aufstellung zahlreicher hypothetischer Erklärungsversuche verführt, die hier umsomehr ausser Betracht bleiben können, als keiner derselben durch Thatsachen irgendwie sicher gestützt erscheint.

Das vorliegende klinisch beschreibende Material ist, abgesehen von der progressiven Paralyse, vielleicht bei keiner anderen Form der Geistesstörung in so grossem

Umfange vorhanden, wie bei dieser, ohne dass jedoch, ausser über die principiellen Punkte der Definition, Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Beschreibern herrschte.

Bei der ausserordentlich grossen Mannigfaltigkeit der Verlaufsarten des circulären Irreseins sieht eben der Einzelne, je nach seinem Krankenmateriale, immer nur einen Ausschnitt aus dem grossen Gebiete, und so fällt die Schilderung des Verlaufes sehr verschieden aus, je nachdem Kranke in Irrenanstalten, Kliniken, oder solche in freier Behandlung in Betracht kommen. Die nachstehende Darstellung will vor Allem die in der Regel nicht der Anstaltsbehandlung zufallenden Formen berücksichtigen, die bei dem circulären Irresein einen noch grösseren Bruchteil der Fälle ausmachen, als bei der periodischen Manie und der periodischen Melancholie. —

Bei einem nicht kleinen Teile dieser in den Familien ablaufenden Fällen wird nun das Wesen der psychischen Eigentümlichkeit überhaupt nicht erkannt; die leichteren Fälle gelten vielfach nicht einmal bei ihrer nächsten Umgebung für „krank". —

Die mildesten Grade der Störung schliessen sich ohne jede scharfe Grenze an die in der Einleitung erwähnten Zustände konstitutioneller Labilität bei Hereditariern an.

Es findet sich dann von Jugend auf, oder beginnend in der Pubertätszeit hauptsächlich ein wechselndes Verhalten der Stimmung und der Art der psychomotorischen Äusserungsweise. Zeiten heiterer Lebensauffassung mit Selbstvertrauen, Unternehmungslust, geselligen Neigungen und Empfänglichkeit für alle Freuden dieser Welt wechseln ab mit Perioden von leicht gedrücktem, unsicherem, ängstlichem Wesen, Zurückgezogenheit, Neigung zur Grillenfängerei mit hypochondrischer Färbung.

Bei den auch sonst in Gewohnheiten, Passionen, Lebensauffassung häufig eigentümlichen Trägern dieser Form kann ohne Weiterentwickelung und selbst ohne tiefer

greifende Schädigung der psychischen Persönlichkeit das ganze Leben hindurch dieser Cyklus wechselnder Phasen sich wiederholen; auch bei diesen leichtesten Graden findet sich die wiederkehrende Ähnlichkeit der einander entsprechenden Zustandsbilder, ebenso wie ein begleitender Wechsel in Aussehen, Haltung u. s. w. unverkennbar zu sein pflegt.

Für abnorm pflegt dabei im besten Falle die Phase der deprimierten Stimmungslage zu gelten, in der wohl gelegentlich einmal aus Anlass hypochondrischer Anwandlungen ein Arzt um Rat gefragt wird. Eine eventuell eingeschlagene Therapie, Badereise, Luftwechsel u. dergl. schafft scheinbar Wandel, sobald von selbst die andere Phase einsetzt.

Ein „freies Intervall“ pflegt diese Form nicht zu haben; die Individuen sind immer entweder „über dem Strich“ oder „unter dem Strich“. —

In einfacher quantitativer Steigerung dieses Symptomenkomplexes treffen wir dann diejenigen circulären Krankheitsbilder, für die in Frankreich neuerdings die ganz überflüssige neue Bezeichnung „circuläre Form der Neurasthenie“ vorgeschlagen worden ist.

Unter allmählicher stärkerer Accentuierung der bei den eben genannten Persönlichkeiten vorhandenen wechselnden Phasen entwickeln sich Zustände, die wenigstens in der Depression in der Regel Anlass werden, ärztlichen Rat aufzusuchen.

Der Kranke wird entschlusslos, unsicher, fühlt ein ungewohntes Bedürfnis der Anlehnung an stärkere Charaktere; die Welt und ihre Interessen langweilen ihn; sein vergangenes Leben scheint ihm verfehlt; auch sonstige Selbstvorwürfe stellen sich ein; der Schlaf leidet Not, der Appetit sinkt; Empfindlichkeit gegen Licht, Lärm, fremde Gesichter veranlasst völlige Zurückgezogenheit, in der der Kranke unthätig, ohne Interessen, ausser für seine eigenen Stimmungen und körperlichen Missempfindungen, eine Plage seiner Familie, dahinlebt. Nach Wochen oder

Monaten ändert sich, oft plötzlich, über Nacht, das Bild.

Der Kranke fühlt sich „genesen“, leistungsfähig; die Hemmung der Gedanken ist geschwunden; mit Macht stürzt er sich auf die liegen gebliebene Arbeit, die ihm nun spielend von der Hand geht und oft auch in glücklicher Weise gefördert wird; die Zufriedenheit mit dem Lauf der Dinge und mit sich selbst kehrt wieder, ja oft mehr als das, eine an Grössenideen streifende übergünstige Auffassung der eigenen Leistungen, die der Anlass wird, dass auch anderer Leute Angelegenheiten, wie solche der Gemeinde, des Vereins, der Nachbaren mit Feuereifer in die Hand genommen werden. Ermüdung wird weder in der Arbeit noch in den gern gesuchten, ausgiebig genossenen Vergnügungen verspürt, der Schlaf ist kurz, aber oft besser, als in der anderen Phase; das Aussehen hat sich gehoben, Appetit und Verdauung sind wieder in Ordnung gekommen.

Dieser Zustand dauert eine Weile, bis dann endlich — nach der Ansicht des Kranken und seiner Umgebung in Folge von „Überarbeitung“ — das schöne Feuer erlischt, und die ganze Scenerie sich mit dem Übergang in die depressive Phase total verändert.

Auch diese Form, die allmählich doch eine Abschwächung der geistigen Fähigkeiten und eine gewisse gemütliche Abstumpfung herbeizuführen pflegt, besteht in der Regel das ganze Leben. Auch sie hat, wie die Mehrzahl der Formen circulärer Geistesstörung das Schicksal, dass der Typus der Wiederkehr immer verwaschener, die Dauer der Einzelperioden immer unregelmässiger wird, bis schliesslich die sekundären psychischen Veränderungen mehr in den Vordergrund treten.

Die in den wechselnden Zuständen dieser letzten Form noch mehr andeutungsweise vorhandenen melancholischen und maniakalischen Züge erfahren nun in weiteren Fällen eine solche Ausbildung, dass von einem Wechsel zwischen wirklicher Melancholie und Manie gesprochen werden muss; es sind dies die Fälle, die man im

allgemeinen bei der Bezeichnung „circuläres Irresein“ zunächst im Auge hat. Die leichteren davon verlaufen ohne Anstaltsbehandlung, die schwersten können von Anfang an und dauernd ein Verbleiben in häuslichen Verhältnissen unmöglich erscheinen lassen.

In der Mehrzahl der Fälle haben die wechselnden Phasen bei dieser Form des circulären Irreseins die Neigung zu mildem Verlaufe des einzelnen Anfalles, bei erhaltener Besonnenheit, ohne Bildung von Wahnideen und ohne Entwickelung eines stärkeren Angstaffektes bei der Melancholie, ohne eigentliche Ideenflucht und ohne tobsüchtige Erregung bei der Manie. Wir finden also da diejenigen Zustandsbilder wieder, die wir bei den leichteren Formen der periodischen Manie und den leichteren periodischen Depressionszuständen kennen gelernt haben, die deswegen hier keiner erneuten Darstellung im Einzelnen bedürfen. —

Wahrscheinlich wird die wachsende Erfahrung lehren, dass die häufig wiederkehrenden, leichten, kurzen Anfälle nur von Exaltation oder nur von Depression zum eigentlichen circulären Irresein in engeren Beziehungen stehen, als zu den periodischen Formen, bei denen seltene aber schwere und lange Zustände nur von Manie oder nur von Melancholie auftreten. Die grosse Mannigfaltigkeit der Verlaufsarten der circulären Typen lässt schon jetzt die Abgrenzung vielfach als eine halb willkürliche erscheinen. —

In der überwiegenden Zahl von circulären Fällen beginnt die Störung im Pubertätsalter im weiteren Sinne mit einer depressiven Phase; dann schliesst sich entweder ein relativ freies Intervall an, dem die exaltierte Periode folgt, oder die ursprüngliche Depression geht sofort in die maniakalische Erregung über. Darin bleiben im ganzen Verlaufe bei den einzelnen Fällen Verschiedenheiten bestehen, dass das Intervall fehlen, von kürzerer oder längerer Dauer sein kann, dass die Phasen wirklich alternieren, oder dass erst nach mehrmaliger Wiederholung des einen Zu-

standsbildes das andere einsetzt — kurz es ist nicht möglich, darin irgendwie allgemein giltige Angaben zu machen. —

Für die Auffassung der ganzen Störung erscheint die Beobachtung von einer gewissen Bedeutung, dass gar nicht selten z. B. mitten in einer langdauernden melancholischen Depression für einen Tag die der heiteren Erregung angehörende Stimmung durchbricht, um ebenso rasch wieder zu verschwinden. — Bei langem Bestehen der circulären Störung pflegen diese unregelmässig auftauchenden Zwischenzeiten sich häufiger in den regelmässigen Typus einzuschieben. Überhaupt zeigen auch die aus wirklicher „Manie“ und „Melancholie“ sich zusammensetzenden Cirkelformen die Tendenz zu späterem Verwischen des Typus, auch in den Einzelsymptomen. —

Anfangs allerdings pflegen die einzelnen individuellen Züge der maniakalischen Erregung und der melancholischen Depression sich in späteren gleich gefärbten Zustandsbildern so genau zu wiederholen, dass man oft eine bis in das Einzelne gehende Prognose in Bezug auf die voraussichtliche Gestaltung des Verlaufes geben kann. Ebenso geben kleine unscheinbare Prodromalsymptome, die vom ersten Anfall her bekannt sind, wie etwa die Neigung sich besonders zu kleiden, absonderliche Haartracht, u. dergl. einen Fingerzeig auf das drohende Herannahen eines sonst noch nicht kenntlichen Anfalles. —

Das körperliche Befinden macht die psychischen Schwankungen in besonders prägnanter Weise mit; der Turgor der Gewebe, der Glanz der Augen wechselt, Falten im Gesichte kommen und gehen wieder, die Haltung wird schlaff und wieder elastisch, scheinbare Altersdifferenzen um 10, 12 Jahre finden sich im Aussehen zwischen der einen und der anderen Phase auch bei leichteren Formen, und vor Allem finden wir auch bei ihnen in kurzer Zeit oft beträchtliche Schwankungen des Körpergewichtes. —

Mit den bisher geschilderten Verlaufsarten des circulären Irreseins sind nun die Verlaufsmöglichkeiten noch nicht erschöpft; es finden sich zunächst unter den Fällen, die sich aus Melancholie, Manie, Melancholie u. s. w. zusammensetzen solche, bei denen namentlich die depressive Phase nicht den milden Charakter, sondern alle Kennzeichen einer schweren Melancholie mit lebhaften Versündigungsideen und starkem Angstaffekt aufweist; diese Fälle sind wegen ihrer beträchtlichen Suicid-Gefahr besonders unangenehm und bedürfen unter allen Umständen der Verpflegung in einer geschlossenen Anstalt.

Eine weitere Verlaufsabart, die ebenfalls ein Verbleiben in häuslichen Verhältnissen in der Regel unmöglich macht, ist dadurch gekennzeichnet, dass die eine oder die andere Phase durch andersgeartete psychische Zustandsbilder ersetzt wird, unter denen besonders die stuporöse Verwirrtheit mit zahlreichen Sinnestäuschungen zu nennen ist.

Auf diese schweren Formen hier genauer einzugehen, würde uns zu weit führen. —

Eine besondere Erwähnung verlangen die sogenannten „Intervallsymptome", nicht nur für die circulären Formen, sondern bei dem periodischen Irresein überhaupt.

Bei vielen Fällen von periodischer Melancholie und periodischer Manie existieren gar keine eigentlichen Intervallsymptome; es ist dies auch gar nicht zu erwarten in den theoretisch zu den periodischen Geistesstörungen gerechneten Fällen, in denen vielleicht in der Pubertät und an der Schwelle des Greisenalters je ein Anfall auftritt, Fälle, in denen also der grösste Teil des Lebens „Intervall" ist.

Wir finden hier höchstens diejenigen nervösen oder psychischen Eigentümlichkeiten, die als Ausdruck einer etwa vorhandenen hereditären nervösen Belastung gedeutet werden müssen, die also dem „periodischen“ Irresein coordiniert, nicht von ihm abhängig sind. In anderen Fällen mit häufig wiederkehrenden Zuständen psychischer Erkrankung sind die Intervalle Anfangs frei von psychisch abnormen Erscheinungen; allmählich aber bleiben doch einzelne Anomalien, Reizbarkeit, dauernde Labilität, Sinken der Intelligenz, Abstumpfung der ästhetischen und ethischen Gefühle zurück, Erscheinungen, die auch nach mehrfachem Überstehen einer nicht periodischen Geistesstörung auftreten können.

Bei den circulären Formen ist nun das Intervall, wenn es überhaupt existiert, in der Regel von vornherein nicht frei, und wir finden da teils die allgemeinen nervösen Anomalien der Hereditarier, teils die ebengenannten sekundären psychischen Veränderungen in besonders deutlicher Ausbildung.

Es kommt darin zum Ausdruck, dass das circuläre Irresein als die schwerste der periodischen Geistesstörungen, in der sich am meisten der hereditär degenerative Charakter derselben ausspricht, angesehen werden muss. —

Folgende allgemeine diagnostische und prognostische Sätze, von denen zuzugeben ist, dass sie etwas bestimmter und einfacher gefasst sind, als den komplizierten wirklichen Verhältnissen entspricht, lassen sich den vorausgehenden Ausführungen anfügen:

Bei jeder zum erstenmal auftretenden melancholischen Depression oder maniakalischen Erregung ist im Princip die Möglichkeit gegeben, dass es sich um eine periodische Erkrankung handelt; diese Möglichkeit ist namentlich dann

im Auge zu behalten, wenn starke erbliche nervöse Beeinflussung der Persönlichkeit nachweisbar ist.

Rascher Beginn der Störung, mässige Höhe der Symptome, relativ milder Verlauf, rasche anscheinende Heilung sprechen für periodischen Charakter.

Das Auftreten einer wenn auch unbedeutenden, sich bald wieder ausgleichenden melancholischen Verstimmung als erstmalige psychische Erkrankung im jugendlichen Lebensalter ist in dem Sinne besonders verdächtig, dass es sich um die erste Phase eines circulären Irreseins handeln kann. Leichte rasch heilende Manie im jugendlichen Alter als erstmalige psychische Erkrankung gehört in der Mehrzahl der Fälle nicht zum circulären Irresein, sondern lässt eventuell spätere weitere maniakalische Zustände erwarten.

Erstmaliges Erkranken an leichter, rasch ablaufender melancholischer Depression auf der Lebenshöhe oder, bei Frauen, in der Nähe des Climakteriums stellt keine circuläre Psychose in Aussicht, sondern macht spätere einfache Wiederholungen der melancholischen Phase wahrscheinlich.

Erstmaliges Auftreten von wechselnden Phasen von heiterer Erregung und deprimierter Stimmung im IV. und V. Dezennium ist, namentlich bei Männern, ein Symptom, welches den Verdacht auf beginnende progressive Paralyse erwecken muss; die Entscheidung liegt in dem Ergebnis der körperlichen Untersuchung und dem Nachweis eventuell rasch sinkender Intelligenz; das gleiche gilt für die bei Männern in dem genannten Lebensalter auftretenden erstmaligen leichten einfachen Depressionszustände. —

In prognostischer Beziehung gilt es, daran festzuhalten, dass die periodischen Geistesstörungen entsprechend ihrem Charakter als Äusserungen einer konstitutionell abnormen Veranlagung, bei günstigen Aussichten für den Ausgang des einzelnen Anfalles, für den Gesamtver-

lauf im **Prinzip** als **unheilbar** anzusehen sind. Im einzelnen gegebenen Fall kann sich indessen bei den leichteren Formen, unter dem Einfluss günstiger äusserer Verhältnisse und zweckmässiger Behandlung der Verlauf so milde gestalten, dass das Individuum als brauchbares Mitglied der menschlichen Gesellschaft erhalten bleibt.

Die Gefahr der Entwickelung von sekundären psychischen Schwächezuständen ist bei den periodischen Geistesstörungen keine übermässig grosse; die intellektuelle Leistungsfähigkeit der periodisch Kranken kann, bei vorwiegend leichten Anfällen, trotz häufiger Wiederkehr derselben bis an das Lebensende im wesentlichen ungestört bleiben; dagegen entwickeln sich häufig allmähliche Charakteränderungen in pejus, namentlich in circulären Fällen.

Auf die voraussichtliche Lebensdauer haben die leichteren Formen periodischer Geistesstörungen kaum einen Einfluss. —

Die **Behandlung** hat bei den periodischen Geistesstörungen verschiedenen Indikationen zu genügen.

Der nachher zu erörternde geringe Einfluss, den im ganzen unsere therapeutischen Bemühungen bei ausgebildeten Fällen zu haben pflegen, lässt die **Prophylaxe** und zwar eine möglichst frühe Prophylaxe als die Hauptaufgabe der ärztlichen Thätigkeit erscheinen.

Dieselbe hat schon für die noch ungeborene Generation zu beginnen mit dem Bemühen, die Eheschliessung seitens nervöser, hysterischer, epileptischer u. s. w. Persönlichkeiten, namentlich dann, wenn beide Teil abnorm sind, möglichst zu verhindern. Das Wissen, dass diese Bemühungen grade in der Heiratsfrage selten Erfolg haben werden, entbindet den wirklichen „Hausarzt“ nicht von der Verpflichtung, den

beteiligten Eltern über die eventuellen Konsequenzen für die Nachkommenschaft aus der projektierten Vereinigung reinen Wein einzuschenken.

Die ärztliche Prophylaxe im Kindesalter, die natürlich, da in diesem Lebensabschnitt periodische spätere Störungen in der Regel nicht vorausgesagt werden können, eine allgemein auf Verhütung von geistigen und nervösen Störungen überhaupt gerichtete sein muss, findet ihre kaum zu beseitigende Hauptschwierigkeit darin, dass nervöse Eltern bei ihrem eigenen Mangel an Stetigkeit und Selbstbeherrschung einen erzieherisch wenig günstigen Einfluss auf ihre Kinder zu haben pflegen; der Grund davon liegt nicht nur in dem schlechten Beispiel, welches sie geben, sondern vor allem darin, dass die erzieherischen Massnahmen nicht von consequent durchgeführten Gesichtspunkten, sondern von den wechselnden Stimmungen der Eltern geleitet zu werden pflegen. Für Kinder aus solchen, nervös belasteten Familien besteht neben der Notwendigkeit einer besonders sorgfältigen körperlichen Pflege und Abhärtung namentlich die Indication einer genauen Überwachung der geistigen und gemütlichen Entwickelung.

Für jene ist die Gefahr der Übermüdung und Erschöpfung durch absolut oder relativ zu hohe Ansprüche in der Schule oder durch zersplitternde Nebendinge im Auge zu behalten, für diese ist namentlich der Reaktionsform der Kinder auf angenehme oder unangenehme Erlebnisse besondere Aufmerksamkeit zu schenken, die sehr früh schon bei den einzelnen Individuen principielle und eventuell das ganze Leben hindurch dauernde Eigentümlichkeiten von prognostischer Bedeutung zeigen kann.

Wenn wir auch natürlich eine hierin zum Ausdruck kommende krankhafte Veranlagung im Kerne nicht umändern können, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, dass es möglich ist, nicht ohne Erfolg eine Art von psychischer Gymnastik zu üben.

Schrankenloses Gewähren jeden Wunsches, ausgiebige Rücksichtnahme auf die Ausdrücke des kindlichen Missvergnügens über nicht erfüllte Erwartungen oder Hoffnungen, liebevoller Kultus unmotivierter Schmollstimmmungen — alle diese landläufigen Erziehungsfehler grade der besseren und der sogenannten „besten" Kreise erhalten den werdenden psychischen Organismus schwach an dem Punkte, an dem auch im späteren Leben die Bewahrung des gemütlichen Gleichgewichtes hängt, nämlich an der elastischen Widerstandsfähigkeit gegen widrige innere oder äussere Erlebnisse. Diese Widerstandsfähigkeit so weit als möglich zu entwickeln, ist eine erzieherische Aufgabe, die durch Konsequenz, Ruhe, und gleichmässige Festigkeit ohne übermässige Strenge wohl zu erreichen ist.

Im gleichen Sinne wirkt eine Reihe von zunächst körperlichen Proceduren, wie namentlich kaltes Baden im Sommer, regelmässige morgendliche kühle Abreibungen, vernünftige Sportübung u. dgl. Massnahmen, die auch zur Verhütung der Onanie bei Knaben ihre Bedeutung haben.

Für diese kann es, bei ungünstigem elterlichen Einflusse, von Vorteil sein, die Gymnasialzeit nicht zu Hause, sondern in der gleichmässigen Ordnung eines Alumnates mit seiner ausgiebig geübten gegenseitigen Korrectur durch die Altersgenossen verlaufen zu lassen; leider aber haben geschlossene Erziehungsanstalten grade bei nervös disponierten Individuen ihre Bedenken in sexueller Hinsicht.

Für Mädchen aus nervösen Familien macht der Eintritt in die Pubertätszeit und der Beginn der Menstruation selbst besondere Vorsichtsmaassregeln nötig, mit deren Vernachlässigung viel gesündigt wird, auch von ärztlicher Seite. Theoretisch wird freilich anerkannt, dass nervöse Mädchen zur Zeit der Menses sich ruhig verhalten, womöglich 1—2 Tage im Bett bleiben sollen; in Wirklichkeit aber pflegt die gute Absicht, wo sie vorhanden ist, durch eine bevorstehende Vergnügung, Ball, Ausflug u. dgl. oft genug durchbrochen zu werden. Ein Teil der nervösen

vagen Beschwerden der heranwachsenden weiblichen Jugend würde schwinden mit einer strengeren Regelung der Lebensweise zur Zeit der Menses. —

Ganz bestimmte Indicationen — und damit kommen wir auf die eigentliche Behandlung — erwachsen in diesem Punkte, wenn bei einem Mädchen sich Anzeichen wirklich periodischer psychischer Anomalien vom Menstrualtypus geltend machen.

In diesem Falle ist es ein unbedingtes Erfordernis, dass während der Zeit vom Auftreten der ersten Molimina praemenstrualia bis mehrere Tage nach Ablauf der Blutung das Bett gehütet wird.

Man kann sehen, dass Mädchen, die im höchsten Grade missmutig, übellaunig, reizbar sind, wenn während der Menses die täglichen Anforderungen an sie weiter gehen, im Bett die ganzen Tage in guter psychischer Verfassung durchmachen.

Die oben erwähnten menstruellen periodischen Erregungszustände erfordern neben der Bettruhe und der durch eventuell vorhandene Schmerzen indicierten heissfeuchten Einpackung des Unterleibes eine medicamentöse Behandlung; empfehlenswert ist die Verabreichung von Bromsalzen in Dosen von 4—5 Gramm pro die, allein oder combiniert mit Opium (2—3 mal täglich 0,02—0,04 je nach Alter und Konstitution); bei gleichzeitig bestehenden stärkeren dysmenorhoischen Beschwerden ist es zweckmässig, das Opium in Form von Suppositorien einzuführen. —

Steht einmal die Diagnose der periodischen Geistesstörung in einer der oben geschilderten Formen fest, so bedarf das ganze Verhalten der davon Betroffenen der Regelung von dem Gesichtspunkte aus, dass die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft herabzusetzen sind; Excesse in Arbeit wie im Genuss, namentlich im Alkoholkonsum, sind in gleicher Weise ein-

zuschränken; erstrebenswert ist, soweit die Verhältnisse dies gestatten, eine gleichmässige, eventuell pedantisch geregelte Lebensführung, wie sie einsichtige Kranke, die ihre Neigung zur Periodicität kennen, im Bewusstsein der Nützlichkeit jenes Heilfaktors, sich manchmal selber zum Gesetze machen. Kann man auch nicht erwarten, die schweren Formen der periodischen Geistesstörungen damit niederzuhalten, so ist doch für die leichteren Verlaufsarten zu hoffen, dass die einzelnen Anfälle seltener wiederkehren, in milderem Charakter verlaufen werden.

Im Einzelanfall selbst tritt an den Arzt zunächst die Hauptfrage heran: häusliche Behandlung, oder Verbringung in eine Anstalt?

Eine principielle Vorschrift lässt sich nun grade bei den periodischen Geistesstörungen noch weniger geben, als bei anderen psychischen Anomalien, da es es nicht nur, wie sonst auch, auf die besonderen häuslichen Verhältnisse des einzelnen Falles, sondern vor allem auf den sehr verschiedenen Intensitätsgrad und den Typus der Störung ankommt. Es lassen sich daher hier nur die allgemeinen Gesichtspunkte geben.

Die Verbringung in eine geschlossene Anstalt (nicht offene Kuranstalt, Sanatorium u. dgl.) für die Dauer der Einzelphase ist zunächst unter allen Umständen dann indiciert, wenn die krankhaften Erscheinungen derart sind, dass ihre Konsequenzen die persönliche oder sociale Existenz des Individuums zu schädigen geeignet sind, wenn also z. B. in einem melancholischen Stadium die Gefahr des Selbstmordes, in einem Zustand maniakalischer Erregung die Gefahr der Geldverschleuderung, der Kompromittierung, der strafrechtlichen Konflikte gegeben ist.

Im Interesse der Kranken ist die Verbringung in eine Anstalt auch dann notwendig, sobald dort, wie dies die Regel sein wird, den Erfordernissen der eigentlichen Pflege in Bezug auf Ernährung, Bäder, Bettbehandlung u. s. w. besser genügt werden kann, als in den häuslichen Verhältnissen. Dagegen lässt sich nicht behaupten, dass nun alle

leichteren Fälle von periodischer Geistesstörung unbedingt der Pflege in einer Irrenanstalt bedürften. —

Es lässt sich, nach dem oben über die klinischen Zustandsbilder Gesagten, bei späteren Wiederholungen in der Regel voraussehen, in welcher Weise der einzelne Anfall verlaufen wird, so dass man eventuell schon früh, beim Beginn der bekannten Prodromalerscheinungen, seine Dispositionen treffen kann. Es kann nützlich sein, wenn auch Anstaltsbehandlung nicht notwendig erscheint, mit dem Kranken einen Wechsel des Aufenthaltsortes vorzunehmen. Es gilt dies für diejenigen ganz leichten maniakalischen Erregungszustände der circulären Form, die ohne starken Bewegungsdrang, ohne stärkere körperliche Begleiterscheinungen verlaufen, und bei welchen die Anomalie der Stimmung das hervorstechendste Krankheitssymptom ist. Hier kommt es darauf an, den Kranken der Reibung mit seiner täglichen Umgebung, den Anforderungen und der Kontrolle der Gesellschaft zu entziehen und ihn unter ruhige, einfache, übersichtliche Verhältnisse zu versetzen. Landaufenthalt, kleine Luftkurorte ohne Table d'hôte, ohne Geselligkeit, die für Mädchen mit abnormer Stimmungslage wegen der Gelegenheit zum Anbahnen von Liebeleien, für männliche Kranke wegen der Verführung zu Trinkexcessen bedenklich ist, kommen am meisten in Betracht. Voraussetzung ist natürlich Begleitung durch eine zuverlässige Persönlichkeit, die über den Kranken eine gewisse Autorität besitzt und gegebenen Falls die Verbringung in eine Anstalt in die Wege zu leiten berufen ist.

Bei sonstiger häuslicher Behandlung der leichteren maniakalischen Zustände sind allgemeine Maassnahmen notwendig: körperliche und geistige Ruhe mit soweit wie möglich durchgeführter Bettbehandlung, lauwarme langdauernde Vollbäder, gute Ernährung; von medicamentösen Mitteln ist nach neueren Erfahrungen ein Versuch mit hohen Bromsalz-Dosen (bis 12 Gr. pro die), sowie die schon länger angewendete Opiumtherapie neben eventuell nötig werdenden Schlafmitteln zu empfehlen.

Ein möglichst früher Beginn der Behandlung ist notwendig. Die ersten von dem Kranken selbst, wie dies nicht so selten der Fall ist, gemeldeten oder von der Umgebung bemerkten prodromalen Zeichen geben die Indication zum Beginn der Therapie, die unter dieser Voraussetzung des frühzeitigen Einsetzens im besten Falle den drohenden Anfall abschneiden, in jedem Falle aber mehr erreichen wird, als wenn die Anfangszeit, wie das häufig geschieht, mit Kaltwasserkuren u. dgl. hingebracht wird. —

Für die melancholische Phase[1]) ist von Heilversuchen in Kurorten u. dgl. durchaus abzuraten.

Es ist eine von Laien begreiflicherweise festgehaltene Meinung, von der, was weniger verständlich, auch viele Ärzte noch beherrscht werden, dass man einer melancholischen Verstimmung durch Zerstreuungen, Reisen, Aufenthalt in amüsanten Luxusbädern u. s. w. beikommen könne; der gewünschte Erfolg bleibt bei wirklicher Melancholie immer aus.

Ein melancholischer Kranker, gleichviel ob seine Depression der Form der einfachen Wiederholung der melancholischen Phase oder der circulären Verlaufsart angehört, bedarf der Ruhe und Schonung der Kräfte, die er am besten bei dauerndem Aufenthalt im Bette findet. Es gilt dies auch für einfache melancholische Verstimmungen ohne Wahnideen und ohne stärkeren Angstaffekt, wenigstens im Beginn der Erkrankung.

Die Bettbehandlung erleichtert ausserdem die bei jeder anscheinend noch so leichten melancholischen Depression notwendige Beaufsichtigung in Bezug auf Selbstmordneigung, deren Vorhandensein bei Melancholie immer a priori angenommen werden muss, deren Gefahr erfahrungsgemäss von Angehörigen und Ärzten beinah immer unterschätzt wird. Es ist vorhin erwähnt, dass die ersten irgendwie bedenklicheren Anzeichen in dieser Hinsicht die Verbringung in eine Anstalt durchaus notwendig erscheinen lassen.

1) Vgl. Ziehen, diese Sammlung Heft 2 und 3.

Auch bei der Behandlung der leichteren Formen der melancholischen Depression sind langdauernde lauwarme Bäder am Platze, die bei manchen Kranken auch direkt schlaferzeugend wirken, aber keineswegs immer Schlafmittel entbehrlich machen.

Von Medicamenten kommen wiederum Bromsalze und Opium am meisten in Betracht; bei letzterem kommt es darauf an, nachdem erst einmal die persönliche Reaktion des Individuums auf Opiate festgestellt ist, nicht zu zaghaft in der Dosierung vorzugehen. Ein schätzenswertes Medicament zur Bekämpfung ängstlicher Spannungen besitzen wir in Alkohol. —

Alles in Allem gilt für die Behandlung aller Formen der periodischen Geistesstörung, wie dies bei dem konstitutionellen Charakter derselben nicht wunderbar ist, dass bei irgendwie schwereren Graden der Erkrankung unsere Therapie wenig Einfluss auf den Gesamtverlauf auszuüben vermag. Sie ist zum Teil eine rein symptomatische und hat im Übrigen vor Allem die Aufgabe, den Kranken in socialer Hinsicht durch rechtzeitiges Eingreifen vor Schädigung zu bewahren. —

Es schliesst sich daher hier naturgemäss eine kurze Würdigung der bei den periodischen Geistesstörungen in Betracht kommenden rechtlichen Verhältnisse an.

In forensischer Hinsicht können die leichteren Fälle von periodischer Geistesstörung grosse Schwierigkeiten bieten, nicht etwa in dem Sinne, dass sie, bei genügenden Kenntnissen und entsprechender Sorgfalt, der ärztlichen Beurteilung an sich besonders unzugänglich wären, sondern insofern, als es bei der eventuell vorhandenen anscheinenden Geringfügigkeit der Symptome Schwierigkeiten haben kann, dem Richter die Überzeugung

von dem Bestehen einer Geistesstörung überhaupt zu verschaffen.

Die Aufgaben des ärztlichen Gutachters sind hier natürlich verschieden, je nachdem strafrechtliche oder civilrechtliche Fragen vorliegen.

Vor dem strafrechtlichen Forum, wo also ein zu bestimmtem Zeitpunkte begangenes Delict zur Discussion steht, handelt es sich bei den periodischen Psychosen zunächst um die Beantwortung der Frage, ob das Vergehen zeitlich in eine Periode psychischer Abnormität fiel, oder nicht.

Bei der meist wenig gestörten Intelligenz der Kranken wird dann der Hauptnachdruck darauf zu legen sein, dass das vorhandene krankhafte Verhalten der Stimmung in einem oder anderem Sinne, oder Impulse, die abnorm leicht zur That wurden (Manie), oder etwaige Wahnideen (Melancholie) das Handeln beeinflusst haben. Der Hinweis auf frühere ähnliche Episoden im Leben des Individuums und auf die periodische Gesetzmässigkeit der Erscheinungen wird dem Richter das Verständnis erleichtern.

Im ganzen treten die Schwierigkeiten der strafrechtlichen Beurteilung zurück gegenüber denen bei der civilrechtlichen Frage nach der Entmündigung periodisch Geisteskranker.

Am einfachsten noch liegt die Sache bei den circulären Fällen mit ganz kurzem oder fehlendem Intervalle; sobald hier die Störung erst einmal den Grad erreicht hat, dass der Kranke der Wahrnehmung seiner eigenen Interessen nicht mehr gewachsen ist, erreicht er auch voraussichtlich die Fähigkeit zu rechtsgiltigen Handlungen nicht wieder, und die dauernde Entmündigung ist an ihrem Platze. Anders ist es bei den circulären Fällen mit langem Intervall und bei den einfachen periodischen Manien und Melancholien, die ohne wesentliche intervalläre psychische Veränderungen verlaufen.

Die Kranken oscillieren hierbei im Laufe der Jahre hin und her zwischen Zuständen vollkommener oder rela-

tiver Dispositionsfähigkeit, und solchen, die eine freie Verfügung in rechtlicher Hinsicht unmöglich erscheinen lassen.

Eine dauernde Entmündigung wäre für die freien Zeiten nicht berechtigt, würde auch mit Erfolg von den Betroffenen angefochten werden. In der That bleibt in derartigen Fällen nichts Anderes übrig, als in wiederholtem Verfahren die Konsequenzen des jedesmaligen Zustandes der Dispositionsfähigkeit zu ziehen. Viele Fälle von periodischer leichtester maniakalischer Erregung oder melancholischer leichter Verstimmung verlaufen übrigens, ohne dass eine Entmündigung für die verhältnismässig besonnenen und ruhigen Kranken überhaupt in Betracht kommt. —

Tritt bei langem Bestehen der periodischen Störung, wie dies auch bei leichteren Formen zutreffen kann, im Intervall allmählich eine Minderung der intellektuellen Fähigkeiten, eine Abstumpfung der Gefühle, eine Herabsetzung der Willensthätigkeit hervor, so hängt es von dem Grade dieser psychischen Schwäche ab, ob und wieweit das betreffende Individuum für dispositionsfähig zu erachten ist.

Im ganzen ist grade bei den leichteren Fällen von periodischer Geistesstörung dem ärztlichen Sachverständigen die grösste Vorsicht und Sorgfalt in der Prüfung und Beurteilung der Sachlage, auch in seinem eigenen Interesse, anzuraten; ein Teil der Persönlichkeiten, die wegen angeblich grundloser Entmündigung in der Presse Lärm schlagen, oder schlagen lassen, sind periodisch geisteskranke Individuen, denen es natürlich im Intervalle leicht möglich ist, bei Laien und bei psychiatrisch unkundigen Juristen die Meinung zu erwecken, dass sie überhaupt niemals der Entmündigung bedürftig gewesen seien.

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer, Halle a. S.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Arndt in Greifswald, Prof. Dr. Binswanger in Jena, Nervenarzt Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg i. Br., Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Privatdoz. Dr. Hoche in Strassburg, Privatdoz. und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medicinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Medicinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Oberarzt Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Medizinalrat Dr. Siemens in Lauenburg, Prof. Dr. von Strümpell in Erlangen, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. v. Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. Wildermuth in Stuttgart, Privatdoz. Dr. Windscheid in Leipzig, Dir. Dr. Wulff in Langenhagen, Prof. Dr. Ziehen in Jena

herausgegeben

von

Dr. med. **Konrad Alt,**
Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt
Uchtspringe (Altmark).

I. Band.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold
1897.

Inhalt des ersten Bandes:

Heft 1.
Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse
von Privatdoz. Dr. Hoche in Strassburg.

Heft 2 u. 3.
Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis
von Professor Th. Ziehen in Jena.

Heft 4.
Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen
entwickelt von Privatdozent Dr. Kirchhoff,
Direktor der Provinzial-Pflege-Anstalt Neustadt in Holstein.

Heft 5 u. 6.
Die Hysterie im Kindesalter
von Dr. med. L. Bruns.

Heft 7.
Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes
von Dr. med. Franz Windscheid,
Privatdozenten an der Universität Leipzig.

Heft 8.
Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins
von Dr. A. Hoche,
Privatdozenten und erstem Assistenten an der
psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer & Co. Halle a. S